

Text Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb pro segment poskytovatelů v oboru praktické lékařství pro děti a dorost pro rok 2017 – diferencovaná KKVP

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2017, budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

Článek 1

Výše základní kapitační sazby a hodnota bodu

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v oboru praktické lékařství pro děti a dorost jsou v roce 2017 hrazeny formou kombinované kapitačně výkonové platby, resp. formou kombinované kapitačně výkonové platby s dorovnáním kapitace.
- 2) Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců Pojišťovny násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní sazba měsíční kapitační platby na jednicového registrovaného pojištěnce Pojišťovny pro rok 2017 se stanoví ve výši:
 - a) 54 Kč pro Poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně a z toho zajistí alespoň 10 ordinačních hodin odpoledne a umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu a to v minimálním rozsahu dvakrát tři hodiny v týdnu,
 - b) 50 Kč pro Poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písm. a).

Poskytovatel definovaný pod písmeny a) a b) zajišťuje pro pojištěnce Pojišťovny návštěvní službu.

- 3) Rozsah hrazených služeb poskytovaných pojištěncům Pojišťovny definovaných v odstavci 2 oznámí Poskytovatel Pojišťovně vyplněním Přílohy č. 1 k Dodatku. Změny údajů definovaných v odstavci 2 se Poskytovatel zavazuje neprodleně oznámit Pojišťovně včetně uvedení účinnosti změny vyplněním Přílohy č. 1 k Dodatku.
- 4) Počet přepočtených pojištěnců Pojišťovny se vypočte vynásobením počtu Poskytovatelem registrovaných pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách dle části A) bodu 9 přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017 (dále jen „Vyhláška MZ č. 348/2016 Sb.“) příslušným věkovým indexem stanoveným podle části A) bodu 9 přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 348/2016 Sb.
- 5) Výkony zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 002 jsou stanoveny v části A) bodu 4 přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 348/2016 Sb.
- 6) Výkony nezahrnuté do kapitační platby, výkony za neregistrované pojištěnce Pojišťovny a za zahraniční pojištěnce Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané, hrazené podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“), Pojišťovna hradí hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč.
- 7) Výkony 01021, 01022 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Pojišťovna hradí ve výši 1,12 Kč za bod.
- 8) Výkony 02021, 02022, 02031, 02032 a výkony očkování 02100 a 02130 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Pojišťovna hradí ve výši 1,14 Kč za bod.
- 9) Výkony očkování 02105 a 02125 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Pojišťovna hradí ve výši 1,14 Kč za bod při splnění následujících podmínek (příčemž podmínky uvedené v písmenu b) se týkají pouze výkonů povinného očkování – 02105):
 - a) Vykázání jednoho příslušného kódu očkování a vykázání jednoho kódu ZULP příslušné očkovací látky v aplikovaném množství a příslušné diagnózy dle platné Metodiky¹ pro provádění pravidelného

¹ Plné znění aktuální verze této metodiky včetně přílohy, kterou je formulář pro vykazování potřebných údajů do Clearingového centra je k dispozici na webových stránkách Clearingového centra v rámci Kanceláře zdravotního pojištění, z.s. (<http://www.kancelarzp.cz/cs/pro-poskytovatele/cc>)

očkovaní, pokud se zástupci poskytovatelů a Pojišťovny nedohodnou jinak; v případě nesplnění této podmínky nebude výkon očkovaní uhrazen.

- b) Splnění povinnosti zabezpečit další podmínky týkající se objednávání, likvidace a sledování údajů o stavu skladovaných očkovacích látek k 30. 6. 2017 a k 31. 12. 2017 a předávání informací nezbytných pro zúčtování do Clearingového centra. V případě nesplnění této podmínky budou výkony očkovaní uhrazeny ve výši 0,60 Kč za bod.
- 10) Vyhodnocení podmínek dle odstavce 9 bude Pojišťovnou provedeno po ukončení roku 2017 a Poskytovateli oznámeno do 30. 6. 2018.
- 11) Výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Pojišťovna hradí ve výši 0,90 Kč za bod.
- 12) Za každý Poskytovatelem oprávněně vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 09543, za podmínek stanovených zákonem č. 48/1997 Sb. ve znění účinném do 31. 12. 2014, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., uhradí Pojišťovna Poskytovateli 30 Kč.
- 13) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2017 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

Článek 2

Podmínky a výše navýšení základní sazby kapitační platby

A. Komplexní nákladovost

- 1) Na základě vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti hrazených služeb poskytnutých registrovaným pojištěncům Pojišťovny a porovnáním s obdobnými náklady na hrazené služby u jiných Poskytovatelů v oboru praktické lékařství pro děti a dorost může být celková výše úhrady Poskytovateli po skončení období upravena. Podmínkou pro zařazení do vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti je 50 a více registrovaných pojištěnců Pojišťovny v příslušném sledovaném období včetně poskytování zdravotních služeb po celé sledované období.
- 2) Při vyhodnocování komplexní finanční nákladovosti bude o přidělení „ bonusu“ rozhodovat celková výše nákladů, vykázaných a uznaných v daném období, na registrované pojištěnce Pojišťovny příslušného Poskytovatele, kdy Pojišťovna zajistí vyloučení nákladů, které Poskyvatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nemůže ovlivnit a zohlední nehomogenitu čerpání nákladů jednotlivými věkovými skupinami.
- 3) Do celkového sledovaného parametru nákladovosti Poskytovatele specifikovaného Pojišťovnou se zahrnují:
- a) výkony nad rámec kapítace včetně ZUM, ZULP bez preventivní péče a očkovaní včetně ZUM, ZULP = úhrada za poskytnuté hrazené služby registrovaným pojištěncům nad rámec kapítace (doklady 01 a 03 s hlavičkovou odborností 002), při hodnotě bodu platné pro příslušné sledované období, kromě následujících kódů: 02021 = komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě do 6 let, 02022 = opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě do 6 let, 02031 = komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě nad 6 let, 02032 = opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě nad 6 let, zdravotní výkony očkovaní, výkon CRP 02230 a výkon 09543,
- b) výkony indukované péče včetně ZUM, ZULP = vyžádaná zdravotní péče na registrovaného pojištěnce sledovaného Poskytovatele – doklady 06 a 03, kromě následujících odborností: 014 – klinická stomatologie, 015 – ortodoncie, 128 – pracoviště hemodialýzy, 204 – tělovýchovné lékařství, 208 – lékařská genetika, 304 – neonatologie, 305 – psychiatrie, 306 – dětská a dorostová psychiatrie, 307 – gerontopsychiatrie, 308 – návykové nemoci, 309 – sexuologie, 402 – klinická onkologie, 403 – radiační onkologie, 413 – radiační onkologie-skupina 1, 503 – úrazová chirurgie (traumatologie), 505 – kardiochirurgie, 506 – neurochirurgie, 513 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 1, 523 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 2, 525 – kardiochirurgie-skupina 2, 526 – neurochirurgie-skupina 2, 533 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 3, 535 – kardiochirurgie-skupina 3, 536 – neurochirurgie-skupina 3, 601 – plastická chirurgie, 602 – popáleninová medicína, 603 - gynekologie a porodnictví, 604 – dětská gynekologie, 605 – orální a maxilofaciální chirurgie, 607 – ortopedická protetika, 611 – plastická chirurgie-skupina 1, 612 – popáleninová medicína-skupina 1, 613 – gynekologie a porodnictví- skupina 1, 614 - dětská gynekologie-skupina 1, 615 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 1, 621 - plastická chirurgie-skupina 2, 622 – popáleninová medicína-skupina 2, 623 – gynekologie a porodnictví-skupina 2, 624 – dětská gynekologie-skupina 2, 625 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 2, 631 – plastická chirurgie-skupina 3, 632 - popáleninová medicína-skupina 3, 633 – gynekologie a porodnictví-skupina 3, 634 – dětská gynekologie-skupina 3, 635 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 3, 705 – oftalmologie, 708 – anesteziologie a intenzivní medicína, 709 – urgentní medicína, 715 – oftalmologie-skupina 1, 725 – oftalmologie-

skupina 2, 728 – anesteziologie a intenzivní medicína-skupina 2, 735 – oftalmologie-skupina 3, 901 – klinická psychologie,

c) výkony neindukované péče včetně ZUM, ZULP

= nevyžádaná zdravotní péče vztahující se k registrovaným rodným číslům sledovaného Poskytovatele – doklady 01, 03, 05, kromě následujících odborností: 014 – klinická stomatologie, 015 – ortodontie, 128 – pracoviště hemodialýzy, 204 – tělovýchovné lékařství, 208 – lékařská genetika, 304 – neonatologie, 305 – psychiatrie, 306 – dětská a dorostová psychiatrie, 307 – gerontopsychiatrie, 308 – návykové nemoci, 309 – sexuologie, 402 – klinická onkologie, 403 – radiační onkologie, 413 – radiační onkologie-skupina 1, 503 – úrazová chirurgie (traumatologie), 505 – kardiochirurgie, 506 – neurochirurgie, 513 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 1, 523 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 2, 525 – kardiochirurgie-skupina 2, 526 – neurochirurgie-skupina 2, 533 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 3, 535 – kardiochirurgie-skupina 3, 536 – neurochirurgie-skupina 3, 601 – plastická chirurgie, 602 – popáleninová medicína, 603 - gynekologie a porodnictví, 604 – dětská gynekologie, 605 – orální a maxilofaciální chirurgie, 607 – ortopedická protetika, 611 – plastická chirurgie-skupina 1, 612 – popáleninová medicína-skupina 1, 613 – gynekologie a porodnictví- skupina 1, 614 - dětská gynekologie-skupina 1, 615 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 1, 621 - plastická chirurgie-skupina 2, 622 – popáleninová medicína-skupina 2, 623 – gynekologie a porodnictví-skupina 2, 624 – dětská gynekologie-skupina 2, 625 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 2, 631 – plastická chirurgie-skupina 3, 632 - popáleninová medicína-skupina 3, 633 – gynekologie a porodnictví-skupina 3, 634 – dětská gynekologie-skupina 3, 635 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 3, 705 – oftalmologie, 708 – anesteziologie a intenzivní medicína, 709 – urgentní medicína, 715 – oftalmologie-skupina 1, 725 – oftalmologie-skupina 2, 728 – anesteziologie a intenzivní medicína-skupina 2, 735 – oftalmologie-skupina 3, 901 – klinická psychologie,

d) náklady na léky a zdravotnické prostředky předepsané registrovaným pojištěncům Poskytovatele včetně léků a zdravotnických prostředků, které podléhají schválení revizním lékařem,

e) výkony vykázané na registrovaného pojištěnce Pojišťovny sledovaného Poskytovatele v rámci indukované i neindukované zdravotní péče na dokladech 16 (= vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče), které se vztahují k příspěvkové léčebně rehabilitační lázeňské péči, a to formou denního paušálu za náklady na léčení dle konkrétního místa poskytnutí léčby.

4) Do celkového sledovaného parametru nákladovosti daného Poskytovatele specifikovaného Pojišťovnou se nezahrnují:

a) nákladní pojištěnci Pojišťovny registrovaní u sledovaného Poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost: vyloučení veškerých nákladů na rodné číslo od hranice = 200.000 Kč / rok / 1 registrované rodné číslo bez zohlednění věkového indexu používaného při výpočtu kapitačních plateb,

b) pomůcky pro inkontinentní (zdravotnické prostředky - skupina 2) hrazené z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantních zdravotních služeb předepsané Poskytovatelem (Příloha č. 3, oddíl C zákona č. 48/1997 Sb.).

5) Mechanismus výpočtu a přiznání „ bonusu“ v rámci diferencované KKVP:

a) bonus Poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost získá, pokud sledované náklady daného Poskytovatele na registrovaného pojištěnce Pojišťovny nepodkročí 80 % celostátního průměru a nepřevyší 105 % celostátního průměru,

b) celkový parametr nákladovosti konkrétního Poskytovatele zjištěný dle výše uvedené struktury (viz odstavec 3 a 4) bude v rámci jednotlivých dílčích parametrů globálního parametru nákladovosti přepočten příslušným věkovým indexem,

c) celkový parametr nákladovosti Pojišťovny zjištěný dle výše uvedené struktury (viz odstavec 3 a 4) bude v rámci jednotlivých dílčích parametrů globálního parametru nákladovosti přepočten příslušným věkovým indexem,

d) výše bonusu v roce 2017 bude záviset na rozdílu přepočteného parametru nákladovosti konkrétního Poskytovatele a celostátního přepočteného parametru nákladovosti (viz tabulka bonusových sazeb):

Dosažené procento nákladovosti	Bonusová sazba Pojišťovny
Od 80 % do 90 % včetně	2,50 Kč
Od 91 % do 100 % včetně	1,50 Kč
Od 101 % do 105 % včetně	0,50 Kč

- e) mechanismus výpočtu bonusu = počet registrovaných pojištěnců rozdělených podle příslušných věkových skupin * bonusová sazba stanovená dle dosaženého procenta nákladovosti * věkový index dané odbornosti.
- 6) Výplata bonusu bude realizována po vyhodnocení údajů dle písmena A) odstavců 1 až 5 v rámci celé Pojišťovny, a to do 180 dnů po skončení roku 2017.

B. Získání akreditace MZ ČR

- 1) Poskytovateli, který doloží Pojišťovně získání akreditace MZ ČR k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, bude zvýšena základní sazba kapitačního paušálu o 1 Kč. Nárok na tuto bonifikaci vzniká v měsíci následujícím po měsíci, v němž Poskytovatel akreditaci získal. Poskytovatel je pro případné získání bonifikace za příslušné období roku 2017 povinen doložit získání akreditace Pojišťovně nejpozději do 31. 12. 2017. V případě, že získání akreditace bylo Poskytovatelem Pojišťovně doloženo v roce 2016 a akreditace platí po celý rok 2017, není ze strany Poskytovatele nutné akreditaci znovu Pojišťovně dokládat. V případě, že platnost akreditace Poskytovatele v roce 2017 skončila a novou akreditaci Poskytovatel nezíská, je Poskytovatel povinen tuto skutečnost Pojišťovně oznámit nejpozději do 8 dnů po skončení platnosti akreditace.
- 2) Akreditovaný Poskytovatel, u kterého probíhá praktické vzdělávání konkrétního školence v oboru praktické lékařství pro děti a dorost bez dotace nebo na základě získání dotace MZ ČR na rezidenční místo, bude základní sazba kapitačního paušálu zvýšena o 4 Kč. Navýšení kapitační platby bude provedeno od následujícího měsíce po písemném oznámení Poskytovatele. Navýšení bude realizováno za celou dobu školení školence/rezidenta na pracovišti Poskytovatele. Počet školenců/rezidentů u Poskytovatele nemá vliv na úroveň navýšení. V případě, kdy vzdělávání školence trvá pouze část měsíce, přísluší Poskytovateli navýšení kapitační sazby za celý měsíc. Poskytovatel je pro případné získání bonifikace za příslušné období roku 2017 povinen doložit Pojišťovně realizaci školení lékaře v rámci předatestační přípravy formou smlouvy uzavřené mezi Poskytovatelem a školencem nejpozději do 31. 12. 2017.

Článek 3 Lékařská pohotovostní služba

- 1) Poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který do 31. 3. 2018 předloží Pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 002, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, se zvýší roční úhrada o $K \times 35\,000$ Kč, kde K je koeficient poměru počtu pojištěnců Pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba. Hodnoty koeficientu K pro Pojišťovnu v jednotlivých krajích jsou stanoveny v části A) bodu 2 přílohy č. 2 Vyhlášky MZ č. 348/2016 Sb.
- 2) Finanční vypořádání bude realizováno do 180 dnů po skončení roku 2017.

Článek 4 Způsob dorovnání kapitace

- 1) Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy Poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců Pojišťovny než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností Pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.
- 2) Jednicovým registrovaným pojištěncem se rozumí pojištěnec věkové skupiny 15 až 19 let, který je považován za jednotku z hlediska spotřeby hrazených služeb. Počet jednicových registrovaných pojištěnců se vypočte vynásobením počtu registrovaných pojištěnců věkovým indexem dané skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.
- 3) Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný Poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě hrazených služeb podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto Poskytovatele.
- 4) Poskytovateli, který poskytuje hrazené služby v místě, kde je možnost Pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb v oboru praktického lékařství pro děti a dorost svým pojištěncům podstatně omezená a se kterým Pojišťovna v roce 2017 uzavřela Smlouvu na základě předchozího, ze strany zdravotních

pojišťoven nejméně jednou neúspěšně vyhlášeného výběrového řízení, Pojišťovna navýší celkovou úhradu za hrazené služby definované článkem 1 a 3 tohoto Dodatku pomocí koeficientu navýšení ve výši 1,3.

- 5) Finanční vypořádání dle odstavce 4) bude realizováno do 180 dnů po skončení roku 2017.

Článek 5 Regulační omezení

Pojišťovna je oprávněna vůči Poskytovateli v rámci regulačních omezení postupovat dle části E) přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 348/2016 Sb.

Článek 6

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“) a dalších smluvních zemí (Jugoslávie – Srbsko a Černá Hora, Turecko a Republika Makedonie), se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnutých hrazených služeb za pojištěnce z členských a smluvních zemí Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů pro komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v platném znění, podle Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 883/2004 a 987/2009, Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č.1231/2010 a Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 465/2012 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 3/2011.
- 2) Hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí nebudou zahrnuty do regulačních omezení.
- 3) Poskytovatel se zavazuje zasílat vyúčtování za hrazené služby poskytované pojištěncům z členských a smluvních zemí samostatnou fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 8.00 hodin do 15.00 hodin (v pátek od 8.00 hodin do 14.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

Článek 7

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaným Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto Dodatku, v období od 1. 1. 2017, ne však dříve než od data uvedeného v čl. XI odst. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají tento Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
- 3) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 4) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.
- 5) Poskytovatel bere na vědomí, že tento Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 6) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 7) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s výjimkou Přílohy č. 1 s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 8) Poskytovatel se v souvislosti s ustanovením § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zavazuje, že vrátí podepsaný Dodatek neprodleně zpět do Pojišťovny, nejpozději však do 30. 11. 2017. Pokud tato podmínka splněna nebude, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 9) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

IČO Poskytovatele:

IČZ Poskytovatele:

Interní označení Poskytovatele:

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ POSKYTOVATELE
K ROZSAHU POSKYTOVANÝCH HRAZENÝCH SLUŽEB POJIŠTĚNCŮM POJIŠŤOVNY
(Poskytovatel je povinen doložit příslušné doklady, že splňuje uvedenou podmínku, pokud tak již neučinil)

Proti údajům nahlášeným Pojišťovně v roce 2016 došlo k 1. 1. 2017 ke změnám:

ANO

NE

V případě, že proti roku 2016 došlo ke změnám, Poskytovatel zvolí a označí jednu z uvedených variant, u které došlo ke změně:

Poskytovatel poskytuje pojištěncům Pojišťovny hrazené služby v následujícím rozsahu:

Možnost objednání pacientů minimálně 2 dny v týdnu (údaj se vztahuje na IČZ):

ANO

NE

Datum platnosti změny údaje:

Ordinační doba 10 hodin odpoledne (údaj se vztahuje na IČZ):

ANO

NE

Datum platnosti změny údaje:

Pokud lékař pracuje na více místech, stačí, aby měl ordinační dobu v rozsahu 10 ordinačních hodin odpoledne jen na jednom z nich.

Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se Pojišťovna s Poskytovatelem v souladu s článkem 1 Dodatku dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně.

Celkový počet ordinačních hodin v týdnu (údaj se vztahuje na IČZ):

30 hodin

Jiné

Datum platnosti změny údaje:

Přehled ordinačních hodin jednotlivých IČP oznamte Pojišťovně pouze v případě, že došlo ke změnám oproti údajům nahlášeným v roce 2016.

V dne

.....
 Poskytovatel (podpis, razítko)